

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

619

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DURAN Jeanne

née le 28 mai 1908 à Ibos (Hautes-Pyrénées)

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

DÉFORMATION
SUS-MÉSOCOLIQUE EN "M"
DU DUODÉNUM
ET DUODÉNUM MOBILE

Président : LOEPER, Professeur.

PARIS

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

108, Boulevard Saint-Germain (6°)

—
1937

DÉFORMATION
SUS-MÉSOCOLIQUE EN “ M ”
DU DUODÉNUM
ET DUODÉNUM MOBILE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DURAN Jeanne

née le 28 mai 1908 à Ibos (Hautes-Pyrénées)

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

DÉFORMATION
SUS-MÉSOCOLIQUE EN "M"
DU DUODÉNUM
ET DUODÉNUM MOBILE

Président : LOEPER, Professeur.

PARIS

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

108, Boulevard Saint-Germain (6°)

—
1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des mal. de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgi-cale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BARIETY	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgi-cale.
BENARD (H.).	Pathologie médicale.	M ^{re} J. LEVY .	Pharmacologie.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	LEVY-	
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	VALENSI.	Neurologie et Psychiâ-trie.
BOULIN	Pathologie médicale.	MENEGAUX ..	Pathologie chirurgi-cale.
BULLIARD ...	Histologie.	MOLLARET ..	Pathologie médicale.
CATHALA ...	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.	MOULONGUET..	Pathologie chirurgi-cale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOUQUIN ...	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	OBERLING ...	Anatomie pathologi-que.
FEY	Urologie.	PETIT-	
FUNCK	Pathologie chirurgi-cale.	DUTAILLIS.	Pathologie chirurgi-cale.
GALLIARD ...	Parasitologie.	PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
GASTINEL ...	Bactériologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GAUDART		RENARD	Ophthalmologie.
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgi-cale.	RICHERT	Physiologie.
GAYET	Physiologie.	SANNIE	Chimie biologique.
DE GENNES.	Pathologie médicale.	SENEQUE ...	Pathologie chirurgi-cale.
GIROUD	Histologie.	TROISIERS ...	Pathologie expérimentale.
HAGUENAU .	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN ...	Oto-rhino-laryngologie.	VIGNES	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.	WILMOTH ..	Pathologie chirurgi-cale.
HUGUENIN ..	Anatomie pathologi-que.		
JOANNON ...	Hygiène.		
LACOMME ..	Obstétrique.		
LANTUEJOUL.	Obstétrique.		
LAROCHE (G.).	Pathologie médicale.		
LELONG	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE ...	Pathologie chirurgi-cale.	LEROUX	Anatomie pathologi-que.
BUSQUET ...	Pharmacologie.	NEVEU-	
CHAILLEY-		LEMAIRE.	Parasitologie.
BERT.	Physiologie.	PHILIBERT ..	Bactériologie.
GUENIOT ...	Obstétrique.	VAUDESCAL .	Obstétrique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgi-cale.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN ..		BROCQ	
BRULE		CADENAT ...	
CHABROL ...		GATELLIER .	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT ..		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ .	
PASTEUR-		VELTER	
VALLERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER .	
LEVY-SOLAL.	
METZGER ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR LUCIENNE

A MA SŒUR MARGUERITE

A MES ENFANTS

A MON BEAU-PÈRE, M. DASTUGUE

A MONSIEUR JEAN MARIE

Meis et amicis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552217_0052

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HÔPITAUX

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse. Hommage de ma profonde
reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

STAGES ET EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR BESANÇON.

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUARDEL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARZ.

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN HALLÉ.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-SOLAL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBERT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARC BRETON

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE PONTOISE

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE SOULIÉ

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL PLESSIER

HISTORIQUE

NIMEH, élève de M. BARRET, paraît avoir observé des images analogues dès 1922 (1).

Une observation de BOPPE et KREBS, parue en 1924, sous le titre Duodénum à l'envers, est incontestablement une observation de duodénum en « M » (2).

A partir de 1927, date à laquelle M. Pierre DUVAL, s'appuyant sur un article de MIYAKE, construisit sa théorie du duodénum mobile, la presque totalité des duodénum en « M » ont été classés parmi les duodénum mobiles (mobilité partielle incomplète) (3).

C'est en 1932 que MM. QUENU et JACQUELIN isolèrent cette image sous le titre de : *Déformation sus-mésocolique en « M » du duodénum* (4).

(1) NIMEH, *Presse médicale*, 30 août 1922. « Parfois, on se trouve devant une image qui rappelle un dolicho ou un méga colon (*dolicho* et méga-duodénum). Le méga duodénum est rencontré plus fréquemment sur la première portion, le dolicho-duodénum sur la seconde. »

(2) BOPPE et KREBS, *Bulletin et Mémoire de la Société Anatomique*, octobre et novembre 1924. « A propos des anomalies duodénales, des duodénum à l'envers. »

(3) MIYAKE, *Archiv. für Klinische Chirurg.*, 1922; Pierre DUVAL, *Société nationale de Chirurgie*, 18 mai 1927; BANZET, *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1928, le duodénum mobile; DUVAL et BÉCLÈRE, *Société Nationale de Chirurgie*, 13 mars 1929, le duodénum mobile en radiologie clinique; ORTIZ thèse, Paris, 1929, le duodénum mobile.

(4) QUENU et JACQUELIN, *Société de gastro-entérologie*, 14 mars 1932. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, juin 1932. Les déformations sus-mésocoliques en « M » du duodénum.

Depuis lors :

On retrouve quelques images du duodénum en « M » sous le titre de duodénum mobile dans un article de SANDERA. (Mais là, le terme de « duodénum mobile » n'a plus ce sens très précis, et sur lequel nous reviendrons, que lui avait primitivement donné M. DUVAL) (5). Dans sa thèse de 1932, M. VIENNOT-BOURGIN, élève de M. GUTMANN, admettant la théorie de M. DUVAL, classe les duodénum en « M » dans les duodénum mobiles. Il appelle le duodénum en « M » : duodénum mobile partiel initial (6). Tout récemment encore, M. GUTMANN présentait dans un journal de vulgarisation des images de duodénum en « M » sous le titre : duodénum mobile (7).

Mais M. DIDIÉE, M. TRIAL et M. BRETON, qui ont fait paraître d'importantes revues générales sur ces questions, acceptent l'individualisation de l'image isolée par MM. QUENU et JACQUELIN. Ils la séparent franchement des images de duodénum mobile (8).

En présence de l'image radiologique très particulière que nous étudions, l'appellation de MM. QUENU et JACQUELIN nous paraît de beaucoup la meilleure, elle décrit avec beaucoup de précision l'image observée, sans plus. L'appellation de M. TRIAL : « La guirlande juxtabulbaire du

(5) SANDERA, *Das Duodenum Mobile im Röntgenbilde. Fortschriff auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, 1931.

(6) VIENNOT-BOURGIN, thèse de Paris, 1932. Contribution à l'étude du Duodénum mobile : Duodénum mobile partiel initial.

(7) GUTMANN, *L'interprétation radiologique*, n° 1, janvier 1937.

(8) DIDIÉE, *Journal de radiologie et d'électrologie*, mai 1933. Les types de forme anormale du trajet duodénal. — BRETON, *Presse Médicale*, 18 avril 1934. Anomalies duodénales. — TRIAL, *Journal de radiologie et d'électrologie*, mars 1935. La guirlande juxta-bulbaire du duodénum.

duodénum » est certainement moins précise. Celles de M. DUVAL (duodénum mobile, mobilité partielle incomplète) et de M. VIENNOT-BOURGIN (duodénum mobile partiel initial) nous paraissent avoir le grave inconvénient de substituer à la description de l'image une conception pathogénique sur laquelle, nous le verrons, l'accord est loin d'être fait.

RADIOLOGIE

1° Forme schématique. — La branche droite de l'« M » représente le bulbe. La branche gauche, la partie verticale de la deuxième portion; les jambages médians, le segment flexueux anormal. Les sommets de l'« M » sont à la même hauteur et les jambages médians ont sensiblement la même longueur. L'image est régulière. L'« M » est symétrique. Il n'existe pas de stase déformant l'image.

Partant de cette image schématique, nous décrirons maintenant les modifications qu'elle peut présenter.

2° Modification du schéma primitif sous la dépendance de troubles fonctionnels. — Au cours de l'évolution de la maladie, la partie moyenne de l'« M », c'est-à-dire les deux jambages médians qui sont compris entre les sommets, peuvent se laisser distendre, leur angulation s'atténue et les jambages médians peuvent même être remplacés par une large tache dont le bord inférieur est arrondi, dont le bord supérieur, mal limité, est presque horizontal (image traduisant la stase dans une large cupule occupant la partie flexueuse anormale.)

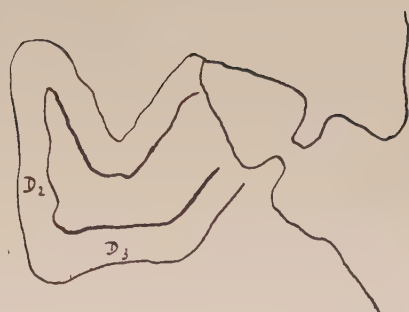
3° Modifications du schéma primitif sous la dépendance de variations anatomiques. — a) Les sommets de l'« M » peuvent être à des hauteurs variables l'un par rapport à l'autre, d'où il s'ensuit une asymétrie de l'« M » dont la moitié droite peut être plus courte que la moitié gauche, ou inversement.

b) Le segment intermédiaire peut être plus ou moins long et plus ou moins flexueux. L'affaissement du duodénum, décrit par Busi, paraît correspondre aux formes frustes de l'image que nous étudions.

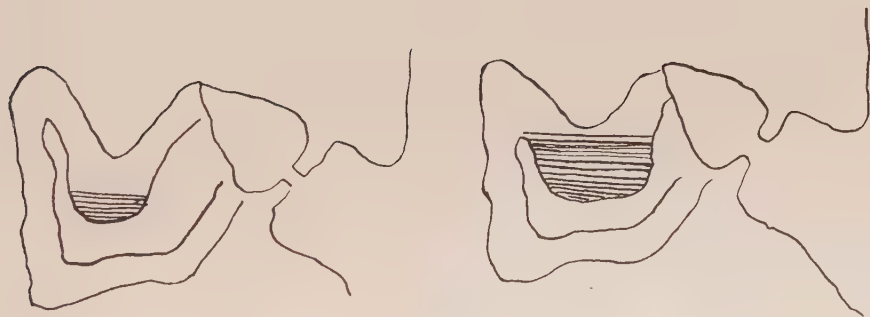
c) Le sommet de l'angle que forment entre eux les deux jambages médians, au lieu de rester compris entre les deux branches verticales, peut être déjeté en dehors de la branche verticale droite — la branche verticale droite, au lieu d'être constituée par la deuxième portion du duodénum, peut être formée par le bulbe lui-même fortement attiré vers la droite, et là encore, le sommet de l'angle formé par les deux jambages médians peut venir se placer en dehors de la branche droite de l'« M ». Ces dernières modifications semblent le plus souvent être causées par des adhérences. Ces adhérences fixent vers la droite : soit le sommet de l'angle que forment les deux jambages médians (les deux jambages verticaux restant en place), soit le bulbe lui-même qui accompagne l'angle formé par les deux jambages médians (la branche verticale correspondant à la deuxième portion du duodénum restant seule en place).

4° Modification de l'image suivant l'incidence des rayons.

— Le bulbe est sur un plan intérieur et interne; le genou supérieur est sur un plan postérieur et externe. La guirlande est oblique en arrière et en dehors. Elle est située dans un plan qui forme avec le plan frontal un angle dièdre ouvert en avant et en dedans. Lorsque cet angle se rapproche de l'angle droit, les quatre jambages de l'« M » peuvent se superposer. Dans ce cas la déformation n'est visible qu'en position oblique antérieure droite.



Forme schématique.



Modifications dues à des troubles fonctionnels.



a.



b.



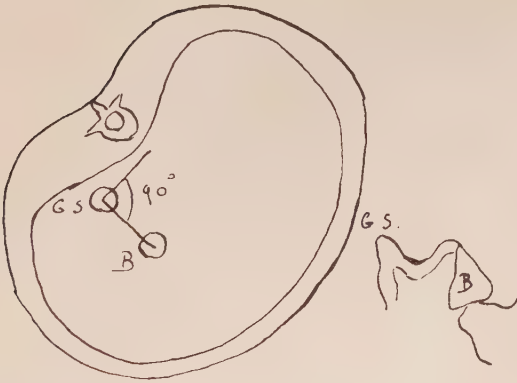
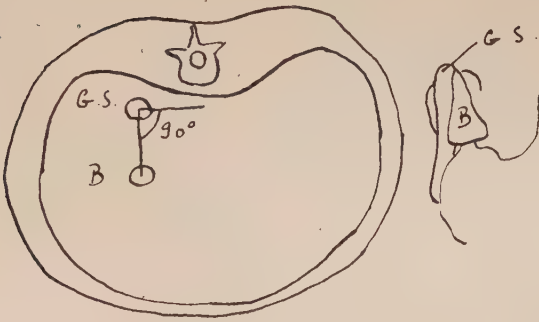
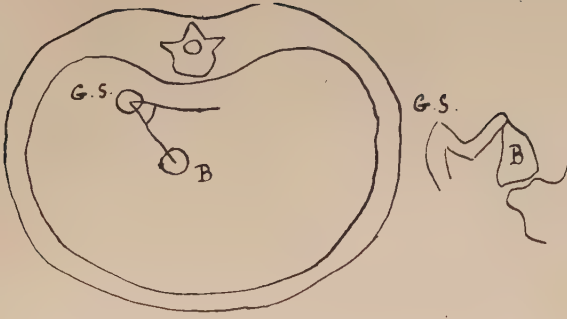
c.



d.

- a) Disposition schématique : les deux branches médianes de l' « M » sont comprises entre le bulbe à gauche et D2 à droite.
- b) Le point de rencontre des deux jambages médians est attiré à droite.
- c) Le bulbe est lui-même attiré à droite, il devient la branche verticale droite de l' « M ». On pourrait dire que l' « M » est devenu symétrique au schéma de (a).
- d) Le point de rencontre des deux jambages médians de l' « M » est attiré vers la droite, en dehors du bulbe qui s'était précédemment lui-même déplacé.

A chacun de ces schémas correspondent des clichés radiographiques qui ont été décrits parmi les « duodénum mobile » sous des appellations diverses (mobilité partielle complète, mobilité partielle incomplète).



Modifications suivant l'incidence des rayons.

On voit combien est polymorphe l'aspect de la déformation que nous étudions. Les modifications de l'image sont essentiellement dues au stade évolutif, aux adhérences qui peuvent fixer excentriquement vers la droite un des segments quelconque de l'« M » et enfin à l'incidence des rayons au cours de l'examen radiologique.

Duodénum. — Certaines remarques doivent être faites en outre au sujet du duodénum.

a) « Le bulbe est de forme normale plutôt petit, du moins dans les cas où la stase n'entraîne pas sa dilatation secondaire. » (DIDIÉE).

b) L'ensemble du duodénum chez les malades présentant la déformation en « M » ne paraît pas exagérément mobile. La boucle, elle-même, la guirlande juxta-bulbaire, qui constituent l'élément pathologique de l'image est-elle mobile sur le reste du duodénum ? La chose paraît très discutable. L'on peut admettre qu'en général la mobilité de la boucle est exceptionnelle. Dans le travail de MM. QUENU et JACQUELIN, sur les sept observations, deux fois l'influence du passage de la position debout à la position couchée a été notée (observations 1 et 5) : en décubitus, la disposition duodénale persiste, la déformation est invariable. Voici d'autre part ce qu'écrit M. TRIAL : « En position couchée, il est classique de dire que la guirlande obéissant aux lois de la pesanteur, s'efface et disparaît ; en réalité, la disparition complète de la guirlande est exceptionnelle et ne s'est jamais produite au cours des examens que nous avons pratiqués. » On peut évidemment attribuer cette fixité de la boucle à des adhérences secondaires. Mais il convient de bien remarquer que cette

fixité s'observe même dans des cas qu'il faut considérer comme des cas au début.

c) « Dans la plupart de nos observations, écrivent MM. QUENU et JACQUELIN (5 fois sur 7), en même temps que la déformation et les troubles du transit sus-mésocolique, il existe une dilatation immédiatement en amont de la croisée mésentérique et un certain degré de stase à ce niveau avec exagération de l'antipéristaltisme de D². La question peut se poser de savoir si ces troubles du transit de D² et D³ n'ont pas contribué par action rétrograde à allonger la deuxième portion du duodénum et à faciliter l'affaissement de la partie supérieure. »

d) M. GUTMANN a insisté sur la fréquence d'une association de l'image en « M » et d'ulcus gastrique pylorique ou duodénal, la formation de cet ulcère serait due à la stase duodénale qui apparaît à la suite de la malformation. C'est en effet surtout dans les cas où l'anse anormale est la plus nette et où la stase est la plus considérable que nous retrouvons l'ulcération avec son aspect radiologique typique (9).

Estomac. — « Dans la plupart de nos observations, écrivent MM. QUENU et JACQUELIN, il existe un allongement plus ou moins marqué de l'estomac avec ptose du bas-fond... le retentissement sur l'évacuation globale de l'estomac est très variable : malgré une dilatation considérable du duodénum dans l'observation 6 nous n'observons pas de retard de l'évacuation gastrique. Dans l'observation 7, dont l'image radiologique semble superposable

(9) GUTMANN, *Société de gastro-entérologie*, 11 avril 1932, 6 cas sur 8. — VIENNOT-BOURGIN, thèse, 7 cas sur 15, soit 47 %.

à la précédente, il existe au contraire une stase gastrique accentuée. »

Colon. — « L'étude de l'intestin a montré dans quelques cas une ptose du cæcum et dans une observation un allongement marqué du segment cæcocolique droit, dans une autre un véritable dolicho « côlon gauche ». (QUENU et JACQUELIN.)

ÉTUDE CLINIQUE

Les troubles cliniques présentés par ces malades sont, le plus souvent, très variés et très complexes; il est d'ordinaire impossible de faire rentrer ces troubles dans le cadre rigide d'une sténose sus-vatérienne ou sous-vatérienne comme l'ont cependant fait certains auteurs.

Etat nauséeux, migraines, malaises gastriques, plutôt que véritables douleurs d'apparition en général assez tardives, coliques ou crampes épigastriques rythmées, lorsqu'il existe une gêne du transit. Ce sont les troubles duodénaux, banaux que présentent ces malades.

Mais notons trois faits qui nous paraissent très importants et qui peuvent parfois, dès l'examen clinique, faire soupçonner que l'on pourra rencontrer l'image en « M » au cours de l'examen radiologique.

1° L'image en « M » est observée avec une égale fréquence dans les deux sexes. Trois hommes contre quatre femmes dans les observations de MM. QUENU et JACQUELIN, trois hommes contre deux femmes dans les observations de M. VIENNOT-BOURGIN. C'est habituellement la ptose qui cause les troubles duodénaux, que l'on observe le plus souvent (compression de la troisième portion du duodénum par le pédicule mésentérique, ptose duodéno-pancréatique, se traduisant par l'image d'infra-version). Cette ptose est l'apanage presque exclusif des femmes;

2° « Ce qui semble plus particulier dans nos observations, disent MM. QUENU et JACQUELIN, c'est l'apparition extrêmement précoce des troubles digestifs, dès l'adolescence et même dès l'enfance. » Dans leur deuxième observation, les troubles cliniques existent depuis l'enfance; dans la troisième, le malade âgé de 19 ans souffre depuis l'âge de 14 ans; dans l'observation 4, le malade souffre depuis l'âge de 19 ans; dans l'observation 6, depuis son adolescence; dans l'observation 7, depuis l'âge de 5 ans : « aussi loin que remontent ses souvenirs, c'est-à-dire vers l'âge de 5 ans, le malade se connaît sujet à des vomissements passifs et fréquents... accompagnés de douleurs abdominales »;

3° Les troubles ne sont pas calmés par le décubitus, alors que dans la plupart des autres affections duodénales, en relation avec la ptose, les malades sont soulagés dès qu'ils se couchent.

Il faut bien savoir cependant que dans bien des cas l'examen clinique ne permet pas de faire le diagnostic de la déformation. L'image en « M » du duodénum sera découverte par l'examen radiographique chez des malades qui présentent des troubles digestifs d'allure assez vague.

DIAGNOSTIC

Nous l'avons vu, le diagnostic sera surtout un diagnostic radiologique.

La rareté des cas, décrits par les premiers auteurs, s'explique par la difficulté qu'il y a quelquefois à mettre en évidence la déformation. Cette déformation peut d'ailleurs être difficile à interpréter, si bien qu'elle peut passer inaperçue ou provoquer des erreurs de diagnostic. Il faut constamment y penser lorsqu'on examine aux rayons un duodénum.

La déformation en « M » est confondue le plus souvent avec une sténose du genou supérieur, avec un ulcus bulbaire, ou avec un diverticule.

1° **Sténose du genou supérieur.** — *D'une part* : une sténose du genou supérieur peut causer une stase bulbaire, donnant une image de méga-bulbe.

« Lorsque la déformation en « M » s'est développée dans un plan presque sagittal, elle est complètement masquée dans la position frontale la plus habituellement utilisée. » (QUENU et JACQUELIN.) Le bulbe, les branches médianes de l'« M » et la deuxième portion du duodénum peuvent se superposer dans ces cas, en donnant l'image d'un méga-bulbe (dans l'observation 4 de QUENU et JACQUELIN, en position oblique antérieure droite, la guirlande est parfaitement visible; mais les différents segments de

l'« M » se superposent complètement en position oblique antérieure gauche).

D'où la nécessité dans tous les cas où le bulbe paraît anormal, de l'examiner en position oblique antérieure droite.

2° Bulbe ulcéreux. — Une ou plusieurs radiographies, tirées dans des conditions fortuites, peuvent faire penser à un bulbe ulcéreux avec biloculation et dilatation d'une de ses cornes.

Dans ces cas, l'examen en position oblique antérieure droite, qui permettra de suivre le trajet de la baryte dans les divers segments de l'« M », tranchera le diagnostic.

Nous rappelons qu'une image d'ulcère bulbaire peut être associée à la déformation en « M » du duodénum.

3° Diverticule du duodénum. — La stase persistante au point déclive de la guirlande peut, sur un cliché où l'ensemble du duodénum n'est pas visible, faire penser à un diverticule de la deuxième portion du duodénum, d'autant plus que la tache anormale peut persister sur plusieurs clichés; la constatation d'une bulle d'air au-dessus d'une tache est en faveur d'un diverticule du duodénum, mais la bulle d'air n'est pas constante dans ces diverticules.

4° Compression extrinsèque du genou supérieur. — Une image de compression du genou supérieur par un organe de voisinage (vésicule, lobe carré du foie...) peut être confondue avec une déformation en « M », dans ses formes frustes de début, où la guirlande, est à peine ébauchée entre le sommet du bulbe et la partie haute, toute proche de la deuxième portion du duodénum.

M. DIDIÉE, dans son article, en publie un fort beau cas.

« Cependant, certains cas autorisent l'hésitation; tel par exemple celui que nous reproduisons : l'aspect paraît évoquer celui de la déformation en « M »; il existe bien à la jonction bulbaire une anse étroite, en guirlande oblique qui ébauche un jambage ouvert. Mais ici il y a un très gros bulbe, primitivement gros avec une bulle d'air; l'anse est tendue, ne pend pas et son bord supérieur offre la netteté d'une image d'empreinte sur une formation anatomique de voisinage; il semble plutôt qu'il s'agisse là d'un moulage de la portion sus-mésocolique sur un lobe carré du foie anormalement gros, beaucoup plus que d'une ptose d'un segment allongé et non soutenu. Ce ne serait pas un aspect de relâchement, mais au contraire de traction. » (DIDIÉE).

5° Infra-version des deux premières portions du duodénum. — Cette image, qui, elle aussi, à tort, a été rangée sous le titre « duodénum nobile », est totalement différente de l'image que nous étudions. Voici la description de sa forme schématique :

« Le pylore est abaissé, le duodénum se porte d'abord à droite, décrivant une courbe à concavité inférieure dont l'extrémité est située à droite de la colonne. Il y a là de la stase. Puis, il monte verticalement à droite de la colonne. Il se porte ensuite légèrement oblique en haut et à gauche, croisant la ligne médiane. Enfin l'intestin descend verticalement sur le flanc gauche de la colonne. Dans l'ensemble, le duodénum paraît complètement inversé (10). »

(10) BRETON, *Soc. Nat. de chirurgie*, 18 mai 1927. — BRETON, BARRET, BLONDEAU, *Journal de radiologie*, septembre 1929. — BRETON, *Journal de radiologie*, décembre 1929.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il s'agit certainement d'un dolicho-duodénum.

Il est évident qu'il existe un allongement segmentaire localisé au duodénum : dolicho-duodénum partiel.

Peut-être s'agit-il d'une lésion congénitale, mais cela ne nous paraît pas absolument certain.

L'affection est rencontrée avec une fréquence à peu près égale dans les deux sexes; d'autre part, ainsi que nous l'avons vu, les troubles cliniques apparaissent très précocement, dès l'adolescence et même dès l'enfance. Si bien que l'origine congénitale paraît admise par tous les auteurs. « Ce qui nous semble le plus particulier dans nos observations, disent MM. QUENU et JACQUELIN, c'est l'apparition extrêmement précoce des troubles digestifs dès l'adolescence et même dès l'enfance, caractère en faveur de la nature congénitale de cette déformation. »

Cependant, ayant constaté la fréquence de la déformation du duodénum et des troubles du transit duodénal sus-mésocolique (dilatation du duodénum en amont de la croisée mésentérique avec un certain degré de stase à ce niveau et exagération de l'antipéristaltisme de D²), MM. QUENU et JACQUELIN se demandent : « La question peut se poser de savoir si ces troubles du transit de D² et D³ n'ont pas contribué par action rétrograde à allonger la deuxième portion de duodénum et à faciliter l'affais-

sement de la partie supérieure. Cette hypothèse, qui impliquerait la nature acquise de la déformation, ne doit pas être rejetée *à priori*. » D'autant moins qu'une très curieuse observation de MM. QUENU et JACQUELIN eux-mêmes, observation très ancienne qu'ils avaient publiée comme contribution à l'étude des diverticules du duodénum, montre l'extrême plasticité du duodénum dont la forme peut se modifier considérablement sous l'influence de causes fortuites et passagères. (Nous résumons cette observation à la fin de notre travail : QUENU et JACQUELIN, Grand diverticule de la troisième portion du duodénum, Société nationale de chirurgie, 18 mai 1927.)

Quoi qu'il en soit, à cette déformation du duodénum ne saurait d'aucune façon convenir l'étiquette « duodénum mobile ».

Le duodénum est normalement mobile, cette mobilité a été bien étudiée dans la thèse de THOUMAS. Pour le radiologiste, il est naturel qu'un duodénum soit mobile, il serait anormal qu'il ne le fût pas.

Mais lorsque l'on parle du « duodénum mobile » — depuis l'article de MIYAKE et la communication de M. DUVAL — on donne à ces deux mots un sens très particulier et très précis : il s'agit d'une mobilité anormale, par absence congénitale d'accolement rétro-duodéno-pancréatique.

La déformation en « M » du duodénum sus-mésocolique s'accompagne-t-elle d'une mobilité anormale par absence d'accolement rétro-duodéno-pancréatique ou rétro-duodénal ?

1. Le plus souvent il n'y a pas de mobilité anormale et les déformations sont fixées. M. GUTMANN, qui paraît

avoir senti combien il est illogique d'appeler duodénum mobile un duodénum fixé, écrit :

« Le fait que ces déformations sont fixées ne me paraît pas si paradoxal que cela paraisse être un obstacle au classement nosologique des déformations en question. En effet, c'est surtout à l'origine embryologique que s'applique la dénomination : elle veut dire duodénum non-fixé au moment de la torsion des mésos. » (11) (GUTMANN).

Il s'agit là d'une explication purement verbale, d'une simple hypothèse, car...

2. Il n'a jamais été démontré que la déformation en « M » sus-mésocolique du duodénum corresponde à un moment quelconque de l'évolution à une absence de coalescence rétro-duodéno-pancréatique ou rétro-duodé-nale. En effet, à notre connaissance, dans trois observations seulement (sur plus d'une centaine) il est possible de confronter l'image radiographique avec un compte rendu opératoire (dans toutes les autres observations, ou le malade n'a pas été opéré ou le compte rendu ne précise pas l'état du duodénum). Nous citons les trois observations à la fin de notre travail. Or, que trouve-t-on dans ces trois observations ? Dans la première (observation 7 de MM. QUENU et JACQUELIN) il est noté : « Le duodénum semble dilaté dans son ensemble, sans mobilité anormale, sans altérations des parois. » Dans la seconde (observation de MM. BOPPE et KREBS) des adhérences sont signalées au niveau de l'« M », mais il n'est parlé ni de mobilité anormale ni de méso. Il reste une troisième observation citée par M. VIENNOT-BOURGIN, où il est dit : « La première portion jusqu'au genou supérieur est nette-

(11) GUTMANN, *Société de Gastro-entérologie*, 11 avril 1932.

ment dilatée par rapport au bulbe et présente un méso qui se prolonge jusqu'au genou supérieur et lui donne, de ce fait, une mobilité anormale ». Mais dans ce cas le sujet est une femme de 30 ans dont « l'estomac est extrêmement ptosé ». Or, nous savons combien il est difficile chez les grandes ptosiques d'apprécier — soit à l'intervention, soit à l'autopsie — les formes anatomiques complexes et variées du relâchement des attaches viscérales.

Dans ces conditions, nous ne pouvons admettre que la persistance d'un méso, ou d'une absence d'accolement rétro-duodéno-pancréatique ait été jamais démontrée. Nous estimons qu'il faut cesser de classer la déformation sus-mésocolique en « M » sous l'étiquette « duodénum mobile ».

En résumé, nous dirons : la déformation sus-mésocolique en « M » du duodénum correspond anatomiquement à un dolicho-duodénum partiel. La lésion est peut-être congénitale, mais il n'est pas impossible qu'elle soit acquise. Même dans les cas où elle serait congénitale, elle n'impliquerait nullement un trouble de processus d'accolement du méso-duodénum primitif. Il n'y a pas en effet de liaison fatale entre l'allongement pathologique congénital d'un segment de l'intestin et l'existence de troubles d'accolement de son méso (un dolicho-côlon peut exister sans aucun signe de la rotation ou de l'accolement du méso). Comme la persistance d'un méso et d'une absence d'accolement rétro-duodéno-pancréatique n'a jamais été démontrée, nous estimons qu'il faut cesser de ranger la déformation sus-mésocolique en « M » du duodénum sous l'étiquette « duodénum mobile ».

Ces distinctions peuvent paraître oiseuses, mais il

importe cependant de les faire, car l'étiquette « duodénum mobile », a servi à masquer notre ignorance, et sous ce terme ont été rangées pêle-mêle les affections les plus diverses. Nous ne pouvons que souscrire aux conclusions d'un article de M. BRETON sur cette question (12).

« Au cours de ces cinq dernières années, on a ramassé toutes les observations anatomiques, la plupart fort anciennes, d'anomalies de torsion ou d'accolement du duodénum ou de l'intestin. D'autre part, on a rassemblé les images radiologiques où la forme générale du duodénum était anormale et paraissait pouvoir difficilement s'expliquer. Observations radiologiques ont été rapprochées, classées; des tableaux schématiques ont été dressés (13) et l'on a conclu : toutes ces images anormales du duodénum que nous montrent les rayons traduisent des troubles congénitaux d'accolement du duodénum. Si bien qu'actuellement sous cette étiquette : duodénum mobile, l'on groupe presque toutes les images — ne correspondant ni à des diverticules, ni à des ulcus, ni à des compressions — dont l'interprétation, tant étiologique qu'anatomique, est fort difficile. Et cependant, les cas où l'examen radiologique a été suivi d'un contrôle anatomique sont extrêmement peu nombreux et prêtent d'ailleurs à discussion.

Si, abandonnant tout esprit de système, on étudie les clichés qui ont été réunis sous le titre « duodénum mobile », il semble que l'on puisse dès maintenant, avec M. DIDIÉ, distinguer trois grands groupes.

(12) BRETON, *Presse Médicale*, 18 août 1934.

(13) Duodénum mobile total.

Duodénum mobile partiel { Mobilité partielle complète,
Mobilité partielle incomplète.

Premier groupe : images traduisant des anomalies de rotation.

Deuxième groupe : images en « M » des deux premières portions ou images traduisant l'allongement de la première portion. Elles paraissent correspondre à une malformation congénitale (dolicho-duodénum partiel).

Troisième groupe : images d'infra-version des deux premières portions : elles paraissent correspondre à une déformation acquise du duodénum provoquée par la plose.

Enfin, il est des images qu'il vaut mieux avouer ne pas pouvoir comprendre actuellement.

C'est au premier groupe seulement que pourrait correspondre le terme de duodénum mobile. Mais notons que si ces anomalies de torsion s'accompagnent vraisemblablement, dans un certain nombre de cas, de défauts d'accolement, il n'est nullement prouvé que la mobilité du duodénum se traduise par des signes radiologiques (14). Chez ces malades, la mobilité du duodénum par défaut d'accolement est d'ailleurs secondaire à l'anomalie de rotation de l'anse duodénale. Et le plus souvent, l'anomalie duodénale n'est que l'une des malformations complexes portant sur tout le tractus digestif.

Sous peine de demeurer indéfiniment dans la confusion, nous pensons qu'il faut, en radiologie, renoncer à ce terme « duodénum mobile » et renoncer à ces cadres

(14) Nous n'en donnons comme preuve que l'observation de M. ROBINEAU, *Société nationale de chirurgie*, 18 mai 1927. Au cours d'une intervention, chez un malade présentant des malformations multiples, on trouve le duodénum pourvu d'un méso sur toute sa longueur; il peut être extériorisé en totalité avec la tête du pancréas. A l'examen radiologique, rien d'anormal n'avait été noté au niveau du duodénum.

d'apparence scientifique, mais ne reposant que sur des notions embryologiques. C'est en recueillant patiemment des observations détaillées et complètes qu'il sera possible de constituer dans l'avenir de solides groupes naturels parmi ces images disparates, que l'on confond actuellement sous l'étiquette « duodénum mobile ».

OBSERVATIONS ET DOCUMENTS

Nous citons ici :

1° L'observation de MM. QUENU et JACQUELIN, qui démontre bien l'extrême plasticité du duodénum sous l'influence de causes passagères et fortuites;

2° Les trois observations (MM. QUENU et JACQUELIN, MM. BOPPE et KREBS, M. VIENNOT-BOURGIN), où une image radiographique en « M » est accompagnée d'un compte rendu opératoire.

Nous croyons intéressant de publier la traduction que nous avons faite de l'article de MIYAKE. C'est en s'appuyant sur cet article de MIYAKE que M. DUVAL, en 1927 (Rapport à la Société nationale de Chirurgie sur une observation de M. BRETON), lança sa théorie du duodénum mobile. Depuis lors, le duodénum mobile est souvent désigné par les noms de ses deux parrains : duodénum mobile de MIYAKE et Pierre DUVAL.

Observation Quenu et Jacquelin

Société Nationale de Chirurgie, 18 mai 1927.

Grand diverticule de la troisième portion du duodénum.

M^{me} B... entre le 10 août 1926, pour troubles digestifs, à l'Hôpital Bon-Secours.

Examen radiologique après repas baryté montre :

1° Un certain degré de stase gastrique;

2° Une dilatation du genu inférius avec stase;

3° Un trajet anormal de la troisième portion du duodénum, qui remonte presque verticalement derrière la deuxième;

4° Un énorme diverticule du duodénum ...si ce diverticule se remplit facilement, il se vide mal : la malade n'ayant rien absorbé depuis 15 heures, on constate que le diverticule est rempli de liquide de stase, surmonté d'une grosse bulle gazeuse.

Intervention le 19 août 1926. — Résection du diverticule au ras du duodénum... On examine ensuite dans son ensemble le duodénum, qui présente un trajet tout à fait anormal, sauf dans ses deux premières portions; en aval du genu inférius, il remonte en effet verticalement à droite de la ligne médiane, vers l'angle duodéno-jéjunal. Le duodénum tout entier est sus-mésocolique, seul le genu inférius fait une saillie qui déprime le méso-côlon.

La malade rentre chez elle le 4 septembre, elle revient nous voir au bout de six semaines; elle est transformée.

Un nouvel examen radioscopique montre que le duodénum a maintenant un trajet et un calibre absolument normaux, et qu'il n'existe plus de stase gastrique ni duodénale.

4 mois après l'intervention, le résultat clinique et radiologique reste parfait.

A vrai dire, nous n'osions espérer de notre intervention un résultat aussi parfait. Nous craignions que le diverticule resséqué, la dilatation de la deuxième portion du duodénum persistât; nous nous proposions même, si cette éventualité s'était réalisée, de faire, dans un deuxième temps, une duodéno-jéjunostomie pour vidanger cette deuxième portion. Cette opération complémentaire envisagée n'a pas été nécessaire. Le diverticule enlevé, le duodénum a repris une forme et une situation normales, et toute stase a disparu.

Commentaire. — Cette observation démontre bien l'extrême plasticité du duodénum sous l'influence de causes passagères et fortuites.

Avant l'ablation du diverticule de la troisième portion, l'image du duodénum était une image typique d'infra-version. On doit admettre que le diverticule par compression de D³ a provoqué de la stase en amont, et causé par ce mécanisme indirect une chute des deux premières portions. Car le diverticule réséqué, le duodénum a repris une forme normale.

Cette observation, qui est une véritable expérience, nous paraît bien démontrer que l'image d'infra-version est bien une image acquise. Hors des cas tout à fait spéciaux comme celui-ci, elle est provoquée, ainsi que l'a montré M. BRETON, par la ptose viscérale gastro-duodéno-pancréatique.

Observation de MM. Quenu et Jacquelin

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, juin 1932.

La déformation en « M » du duodénum sus-mésocolique.

M. Taillem, 40 ans, vient nous consulter en octobre 1931 pour des crises de vomissements aqueux...

L'examen radiologique pratiqué avec la collaboration du Docteur VAUDET, montre un estomac allongé, à bas-fond ptosé et dilaté, à plis muqueux exagérément marqués, à poche à air légèrement distendue. Les contractions sont de faible amplitude; la chasse pylorique s'établit sans difficultés.

La baryte pénètre facilement dans un bulbe dont ni la forme ni les dimensions ne paraissent altérées.

Au delà du genu superius, la baryte vient s'accumuler dans une sorte de coupe où s'établit un nouveau liquide. La dilatation progressive de cette poche masque peu à peu le bulbe. Cette coupe finit par déborder dans la partie descendante du duodénum et le reste de l'anneau duodénal se développe régulièrement, sauf un certain degré de dilatation et de stase du genu inferius. La stase dans la poche de dilatation est prolongée.

Cette stase prolongée, la fréquence des crises, le retentissement sur l'état général nous font décider l'intervention chirurgicale.

L'exploration la plus minutieuse du duodénum ne révèle aucune lésion pariétale localisée, en particulier aucune trace d'ulcus. Il n'existe non plus ni adhérences, ni voiles membraneux. Le duodénum semble simplement dilaté dans son ensemble, sans mobilité anormale, sans altération des parois.

Il n'est pas facile même de distinguer les coudes et changements de calibre qui ont donné lieu à l'image radiologique si particulière, de sorte qu'on est tenté de faire une duodéno-jéjunostomie de la même façon que s'il s'agissait d'une sténose mésentérique.

Observation Boppe et Krebs

Bulletin et Mémoires de la Société anatomique, octobre-novembre 1924.

A propos des anomalies duodénales. Le duodénum à l'envers.

M^{me} A..., 32 ans, fourreuse, entre dans le service du Professeur HARTMANN pour douleurs de la région épigastrique, amaigrissement, perte des forces.

Examen radioscopique (Docteur LAGARENNE). Aérocolie marquée. Remplissage atonique de l'estomac qui est bas situé, affectant une forme étalée transversalement en cuvette.

Dès la fin de l'ingestion, les contractions commencent, le pylore s'injecte ainsi que le bulbe duodéal. L'aspect du duodénum est tout à fait anormal. Au bulbe duodéal fait suite le duodénum dirigé presque transversalement en bas et à droite, puis le duodénum remonte brusquement vertical : on voit les bouchées de baryte, sous l'influence de contractions énergiques, remonter dans cette partie verticale sur une longueur de 5 cm., puis retomber brusquement; ces alternatives de montée et de descente de la baryte se reproduisent deux à trois fois par minute, on assiste à plus de 50 à 60 mouvements de va-et-vient sans aucun passage dans le jéjunum descendant verticalement. En somme, l'ensemble du duodénum, au lieu de former un anneau ouvert en haut, est renversé, formant une boucle ouverte en bas et à gauche.

L'évacuation est extrêmement lente.

Une heure après, on aperçoit quelques flocons de baryte dans le jéjunum, l'estomac fatigué ne se contracte plus. Cinq heures après, il reste de la baryte dans l'estomac.

Conclusions. — Sténose certaine sur le duodénum dont la forme est renversée.

Un examen de la malade en position couchée sur le dos et sur le ventre, montre les mêmes images radioscopiques sans accélération du transit.

Le 24 décembre 1923, intervention (BOPPE), chloroforme. Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac apparaît très volumineux, et ptosé. Le pyllore est d'apparence normale. Le premier duodénum est très volumineux, recouvert d'un voile péritonéal transparent et vasculaire. On repère le genu superior, puis le deuxième duodénum descendant très dilaté jusqu'au méso-côlon transverse. On relève le méso-côlon vers le haut et on sent facilement le duodénum sous-mésocolique jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal. Au point de vue topographique et morphologique, le duodénum sous-mésocolique, d'un calibre moitié moindre que celui du duodénum sus-mésocolique, paraît tout à fait normal. En somme, on ne constate pas l'anomalie. En explorant de plus près le deuxième duodénum sus-mésocolique, on s'aperçoit alors qu'au lieu de se continuer avec le duodénum sous-mésocolique, il fait une boucle, remonte verticalement, en partie caché par la portion descendante. Cette partie verticale remonte jusqu'au genu superior. Là, elle se coude, le pédicule hépatique s'engageant derrière elle. Dans la boucle duodénale, on constate l'existence de tissu pancréatique au bord inférieur duquel on voit la fin de la grande mésentérique qui va devenir veine porte. On pratique alors le décollement colo-épiploïque pour explorer l'arrière-cavité, on relève l'estomac et l'on voit nettement redescendre la boucle duodénale qui va rejoindre le duodénum sous-mésocolique vu dès l'abord.

On décide alors de faire une duodéno-jéjunostomie entre la deuxième portion descendante dilatée et la première anse jéjunale. On fait une duodéno-jéjunostomie trans-mésocolique en iso-péristaltisme au fil de lin (point de Connel sur la tranche antérieure). Fixation du duodénum à la brèche du méso. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires. — Très simples, sauf un léger ictère

au troisième jour, la malade quitte l'hôpital 20 jours après l'intervention.

La malade, revue deux mois après, a engraisé de 3 kgs.

Les crises ont complètement disparu. Seules persistent quelques sensations de pesanteur après le repas.

Cinq mois après, l'amélioration persiste, la malade a engraisé de 4 kgs, elle travaille, cependant il persiste toujours une sensation de pesanteur avec malaises vagues après le repas.

L'examen radioscopique montre le fonctionnement de la boucle de duodéno-jéjunostomie. Pendant les premières minutes, la baryte suit le chemin normal et une bouchée s'accumule à la partie inférieure de la boucle, tentant à ce moment la traversée de la portion verticale ascendante, mais les bouchées suivantes passent directement par la bouche et rapidement le grêle s'injecte, presque toute la baryte passant dès ce moment par la néostomie.

Observation de M. Viennot-Bourgin

Thèse, Paris, 1932.

M^{me} Ch... Marie, 30 ans.

Depuis trois ans, douleurs gastriques plusieurs fois par semaine, avec intervalles de 2 mois en moyenne.

18 avril 1932. Depuis trois semaines souffre tous les jours et toute la journée dans la région épigastrique; en même temps, douleur dans la fosse iliaque droite.

Nausées, pas de vomissements.

Selles normales.

Amaigrissement de 3 kgs en 15 jours.

Au palper, douleur au niveau de l'hypogastre, à gauche de la ligne médiane.

Un examen radiologique avait été pratiqué antérieurement à Saint-Denis.

En résumé : l'estomac se contracte mal, il est extrêmement ptosé. Au sommet de la région pylorique, aspect en galette, bulbe aplati. Seconde portion duodénale très dilatée. Diagnostic porté : soit ulcus prépylorique, soit dilatation duodénale.

Opération le 27-5-32 par le Docteur PETIT-DUTAILLIS.

Incision sus-ombilicale para-médiane droite.

Duodénum mobile long et dilaté.

Bulbe flasque, élargi et excavé par l'empreinte de la vésicule. Le genu superius est bien en place.

Troisième et quatrième portions sont accolées. La première portion jusqu'au genu superius est nettement dilatée par rapport à un bulbe normal et présente un méso qui se prolonge jusqu'au G. S. et qui lui donne de ce fait une mobilité anormale.

Le bulbe apparaît en même temps congestionné.

Estomac nettement dilaté.

Aucun ulcus ni sur l'estomac ni sur le duodénum.

Pas d'adhérences avec la vésicule.

Duodéno-jéjunostomie précolique en deux plans.

Jéjuno-jéjunostomie complémentaire au bouton réunissant les deux pieds de l'antra.

LE DUODÉNUM “MOBILE” PRIMAIRE

CAUSE DE CRISES DE COLIQUES

Un nouveau tableau clinique

par le PROFESSEUR DOCTEUR H. MIYAKE

(*Arch. für Klinische Chir.*, 1922)

En avril 1916, ayant en mains 5 cas se rapportant au thème ci-dessus, j'ai fait une communication au Congrès japonais de Chirurgie.

Depuis, je suis tombé sur 5 nouveaux cas qui ont confirmé mes observations antérieures. C'est pourquoi je désire revenir sur ce même sujet en ces lieux.

Le tableau clinique de la maladie, au cours de laquelle se manifestent des crises douloureuses, consécutives à un *relâchement de la partie supérieure et horizontale du duodénum*, relâchement responsable d'une infection le plus souvent des voies biliaires, rarement du pancréas, est, à ma connaissance, nouveau.

Dans la littérature dont je dispose ici au Japon, je n'ai pu trouver la description d'aucun tableau clinique analogue.

Flinck et Konjetzny ont insisté sur la signification clinique et pathologique du ligament hépatique qui relie la vésicule biliaire au côlon transverse. D'après Konjetzny, il ne s'agirait pas d'une modification inflamma-

toire de ce ligament, mais d'une formation congénitale qui a été observée dans 15 à 20 % des cas chez des nouveau-nés. Konjetzny rapporte d'ailleurs plusieurs cas de maladies imputables à ce ligament. L'affection se manifeste par de fortes douleurs qui ressemblent à celles des coliques hépatiques et qui ont souvent donné lieu à une intervention chirurgicale.

Langenbuch souligne qu'une lithiasé biliaire peut s'installer à la suite d'une mobilité du rein droit. Sous l'action des tiraillements permanents du rein relâché, le canal cystique et même aussi le cholédoque seront étirés, comprimés ou tordus, provoquant une stase biliaire qui favorise très probablement l'installation de la lithiasé.

Il est aussi universellement connu que la gastro- ou splanchnoptose, surtout avec dilatation gastrique, peut s'accompagner d'un relâchement du duodénum à la suite duquel surviennent souvent des crises cholélithiasiques.

En ce qui concerne le tableau clinique de la maladie que j'appelle « Duodénum mobile primaire », ce tableau n'a aucun rapport avec les causes énumérées précédemment. Il s'agit beaucoup plus d'un relâchement « congénital » du duodénum dans sa partie supérieure. La traction de l'estomac plein, associée au duodénum relâché, tire ou comprime le cholédoque, ce qui, dans ces circonstances, entraînera de la stase biliaire qui, tôt ou tard, devra avoir comme conséquence l'infection. Non seulement ce mécanisme de tiraillements provoquera de la stase biliaire, et partant, de l'infection, mais encore, il donnera lieu à des tiraillements des nerfs sensibles qui existent dans le ligament hépato-duodénal et dans les régions limitrophes, et, en particulier, il affectera le pan-

créas, ce qui, dans la règle, se traduit par des coliques semblables aux coliques vésiculaires calculeuses.

Qu'est-ce qui m'a amené à ce raisonnement ? Parmi les nombreux malades opérés sous le diagnostic de cholélithiase, plusieurs ne présentaient ni des modifications visibles ou palpables au niveau de la vésicule, des canaux biliaires, du foie, pancréas, rein, estomac, duodénum et autres tissus, ni des anomalies de siège ni des ascaris, bref, il manquait toute cause connue de coliques. Dans tous ces cas, nous avons ponctionné la vésicule, pour y rechercher la présence d'éléments microbiens. Tantôt les recherches furent positives, tantôt négatives. Les cas révélant de l'infection (le plus souvent colibacille) furent appelés « cholélithiase sans concrétions » et les cas donnant une bile stérile, coliques nerveuses, diagnostic me paraissant vraiment tout à fait insuffisant, et l'idée qu'il s'agissait sûrement d'une cause isolable particulière ne me quitta plus. Mon attente ne fut pas trompée. En 1915, j'eus l'occasion d'opérer quelques cas relatifs à cela et j'ai constaté ce fait intéressant que le duodénum anormalement mobile, ainsi que le pylore, peuvent être facilement attirés hors de la cavité abdominale. Je donnai à cette remarquable anomalie le nom de « Duodénum mobile » et je lui attribuai les crises douloureuses de coliques.

D'après Rauber Kopsch, le duodénum a 30 centimètres de long, dont 4 à 5 pour la partie supérieure, qui en constitue la partie la plus courte. La forme du duodénum est, d'après Fromont, ordinairement variable suivant les individus, tantôt en fer à cheval, tantôt annulaire, tantôt spiralée. Seule, la partie supérieure est recouverte des deux côtés par le péritoine et se déplace avec le pylore,

selon l'état de réplétion de l'estomac, tantôt transversalement, tantôt sagittalement. Les parties descendante et inférieure ne sont recouvertes par le péritoine qu'en avant, partant immobiles. Ces deux parties sont fixées par la racine du mésocolon transverse, l'artère et la veine mésentériques supérieures et la tête du pancréas. A environ 10 centimètres du pylore, se trouve un repli de la muqueuse (*papilla duodeni*) où viennent aboucher le cholédoque et les canaux du pancréas.

Duodénum mobile

Il est indéniable que, dans les circonstances normales, la partie supérieure est mobile à un certain degré, car, comme nous l'avons fait remarquer, elle est recouverte des deux côtés par le péritoine. Cette mobilité n'est d'ailleurs possible que dans une mesure restreinte, de sorte que l'on peut à peine extérioriser de la cavité abdominale la partie en question. Chez nos malades, par contre, la mobilité est si étendue que le duodénum, sans réel effort, peut se laisser « éventrer » sur 4 à 6 centimètres ou même 7 à 10. Naturellement, dans ces cas, la mobilité a pris une telle extension que, non seulement la partie supérieure en totalité, mais une grande part de la partie descendante est relâchée et entourée de péritoine. Dans les cas extrêmes, ce relâchement atteint la tête du pancréas. Si l'on examine la chose de plus près, on y retrouvera les signes remarquables d'une laxité et d'un allongement anormaux du ligament hépato-duodéal, mais sans pour cela quoi que ce soit qui puisse orienter vers une ptose gastrique ou hépatique au sens propre.

Pendant le remplissage de l'estomac et du duodénum, cette partie n'est pas seulement pendante, mais elle est tordue, étirée ou comprimée, si bien que l'évacuation au travers de cette portion est notablement gênée. Même après plusieurs heures, on peut encore trouver des résidus alimentaires. En dehors du tiraillement des nerfs sensibles dans la région de la partie supérieure, par le mécanisme de torsion, compression ou déplacement du cholédoque, respectivement du pancréas, le duodénum affecte ces organes par réaction (entraîne en « sympathie ») d'où dérive la stase des sécrétions, en particulier de la sécrétion biliaire. Ces malades se plaignent d'habitude de sensation de pesanteur, de brûlures, de flatulence et de dyspepsie, sensations n'entraînant aucune douleur caractéristique. Si, du côté des voies biliaires, des troubles viennent se surajouter, ils se manifestent par des crises douloureuses typiques, semblables à celles de la cholélithiasie pure, de sorte que le malade se trouve souvent obligé de se soumettre à une intervention. Les crises apparaissent surtout quelques heures après l'absorption alimentaire, mais aussi tout à fait indépendamment des repas. La crise s'installe brusquement ou après quelques malaises précurseurs ou après une sensation d'oppression dans la région épigastrique. Les douleurs se limitent, en général, lorsque la crise n'est pas trop violente, à la région correspondant à la vésicule biliaire, c'est-à-dire le rebord costal droit; mais très souvent malheureusement, elles s'étendent aussi dans la région épigastrique ou dans un autre endroit, par exemple, elles irradient souvent vers le dos et vers l'épaule. Très fréquemment s'y adjoignent des nausées, des vomissements et de la fièvre.

La durée et la fréquence des crises est très variable.

En général, elles s'apparentent à celles de la cholélithiase non compliquée, dans laquelle il n'est pas rare de voir se manifester un ictère vrai. Contracture ligneuse de la musculature abdominale, zone d'hyperesthésie de Head, point de côté de Boas et autres, se rencontrent très souvent. La crise est déclenchée par un écart de régime ou par le surmenage. Entre les crises, le malade ne se plaint que de légers troubles dyspeptiques. L'examen de la sécrétion biliaire décèle surtout de l'anachlorhydrie ou de l'hyperchlorhydrie, rarement une acidité normale. Bref, nombreuses manifestations trompeusement analogues à celles de la cholélithiase non compliquée, à telle enseigne que, jusqu'à ce jour, les deux affections ont été confondues.

La crise peut aussi être provoquée en dehors naturellement de l'infection biliaire, par suite du tiraillement des nerfs sympathiques ou par infection du pancréas, mais c'est assez rare.

Deux explications d'ordre congénital pourraient éclairer la genèse du duodénum mobile :

1° D'abord que le revêtement bi-latéral du péritoine s'étend trop loin vers la région de la partie descendante;

2° Ensuite que les appareils particuliers de soutien sont trop faiblement renforcés.

Mais, étant donné que la partie supérieure possède normalement une certaine mobilité, il est assez difficile de faire la limite exacte entre l'état normal et pathologique.

Chez un malade, les troubles étaient très marqués, malgré une mobilité modérée; chez un autre, le cas était inverse.

Dans la règle, ceux chez lesquels la mobilité très exagérée du duodénum est congénitale ressentent, dans la

49

région vésiculaire, dès leur jeune âge et de temps à autre, des douleurs vagues ou sourdes, supportables au début. Mais, avec le temps, ces troubles augmentent à tel point que le malade se décide, à la fin, à une intervention. A l'inverse de la cholélithiase, ici l'affection débute à un âge relativement jeune. La fréquence des crises douloureuses de l'enfance est tout à fait variable. Tantôt annuelle, tantôt plusieurs fois par an, les crises étant surtout provoquées par des écarts de régime ou du surmenage physique.

Le début de la maladie n'est pas l'apanage exclusif de l'enfance. Il n'est pas du tout rare de voir la première crise entre 20 et 40 ans. On explique aisément de la façon suivante pourquoi, malgré l'existence de ce duodénum mobile, les troubles n'apparaissent pas constamment dans l'enfance, mais plus souvent dans l'adolescence ou l'âge mûr. L'affection peut rester sans symptômes, tant qu'il existe une compensation. L'affection ne se manifeste à un âge quelconque que grâce au trouble de cette compensation.

Diagnostic

Les crises douloureuses apparaissant dans le jeune âge, augmentant en intensité et en fréquence avec l'âge, ressemblant aux crises de cholélithiase constituent un test important de diagnostic. Naturellement, il n'est pas question de dire, d'après cela, qu'on peut porter le diagnostic de duodénum mobile sur l'unique symptôme d'une crise de coliques douloureuses de l'enfance ou de l'adolescence, car il y a des cas, bien que rares, de douleurs de crises hépatiques qui se manifestent dès le jeune âge.

Le diagnostic sera assez certain quand on aidera l'examen avec un repas opaque. Lorsque le pylore et la partie supérieure du *duodénum* ont perdu leur tonicité, la baryte ingérée séjourne longtemps dans cette partie qui semble presque atone.

Pour le diagnostic différentiel, il faut envisager les maladies suivantes :

1° La différenciation avec la cholélithiasse non compliquée est souvent impossible. Ici, c'est la laparotomie qui tranche souvent le diagnostic;

2° L'affection se distingue de l'ulcère de l'estomac par l'indépendance réciproque des crises et des repas, l'absence d'hémorragies occultes et par la présence de fièvre;

3° Le manque d'hyperacidité, d'hémorragies occultes, la fièvre existante la différencient de l'ulcus duodénal;

4° Radiologiquement, notre maladie se distingue au premier regard de la ptose gastrique. Dans cette dernière, la totalité de l'estomac est attirée vers le bas, de telle façon que les douleurs se limitent à l'hypochondre gauche, exagérées par la station debout et la marche, calmées par le décubitus;

5° L'affection se différencie des crises douloureuses dues aux *ascaris* par l'absence d'œufs de vers dans les selles.

Thérapeutique

Le but essentiel de l'opération est naturellement la fixation de la partie du duodénum devenue mobile. J'ai d'abord pratiqué la duodénopexie suivant le principe de Wilms pour le cœcum mobile. Malheureusement, cela ne réussit pas aussi bien que je l'espérais, le péritoine étant

ici trop flasque et relâché pour pouvoir fixer l'intestin fortement mobile. Pour obtenir un meilleur soutien, je fus amené à l'idée de raccourcir le ligament hépato-duodénal, d'après l'opération de Bayer pour la gastro-ptose, par sutures montantes en plusieurs étages, ce qui me conduisit à des résultats meilleurs et plus durables.

Si, du fait de l'ancienneté de l'affection, la vésicule est enflammée chroniquement et contient éventuellement des calculs, on pourra en même temps, suivant le degré de modification, faire une cholécystostomie ou une cholécystectomie. En présence d'une vésicule dilatée, très épaisse ou contenant des calculs, la cholécystectomie sera indiquée, tandis qu'en face d'une vésicule paraissant légèrement congestionnée et microscopiquement peu modifiée, il sera mieux de la laisser intacte ou de faire une cholécystostomie.

Le résultat des duodénopexies simples fut brillant et aussi le demeura. Seul un malade, le cas 5, que nous avions opéré suivant la technique ancienne, nous revint pour un nouveau traitement.

A la nouvelle laparotomie, les voies biliaires étaient libres de toute concrétion, le duodénum était à sa place normale, mais il existait assez d'adhérences importantes au duodénum et à la vésicule. Après libération du duodénum et de la vésicule biliaire, les troubles disparaissent complètement et, après 4 ans de temps, depuis la dernière intervention, le malade est encore bien portant et apte au travail. Il ne s'agissait pas ici d'une récurrence à proprement parler, mais exclusivement de troubles dus à des néo-formations (adhérences).

OBSERVATIONS

Cas 1. — M^{lle} Koorl, 28 ans. Signes principaux :

Crises douloureuses de la région épigastrique du côté droit.

L'affection remonte à sa sixième ou septième année, et se manifeste tous les ans par de nombreuses crises douloureuses de l'épigastre, douleurs irradiant vers le côté droit du dos, s'accompagnant de fièvre et quelquefois aussi d'un léger ictère.

Le 17-12-1915, laparotomie. Inflammation chronique de la vésicule, adhérences cicatricielles (?) au foie, mais ne contenant pas de calculs. Rien d'intéressant dans les autres organes abdominaux. La partie supérieure du duodénum, anormalement mobile, au point qu'on peut l'extérioriser de la cavité abdominale environ sur 7 centimètres. Bile ponctionnée claire, quoique contenant des microbes. Duodénopexie, par sutures avec le péritoine dédoublé (?). Guérison.

Cas 2. — M^{lle} Nando, 20 ans. Signes principaux :

Crises douloureuses de l'épigastre — Dans l'enfance, quelques crises douloureuses épigastriques, mais peu violentes. Ce n'est qu'en juillet 1914 qu'apparaissent des douleurs violentes dans l'hypochondre droit, irradiant dans l'épaule et vers le dos. Depuis, souvent crises analogues. L'ictère fait défaut.

Le 27-12-1915, laparotomie. La vésicule est assez grosse. On retire 62 centimètres cubes de bile claire, fluide, verdâtre, contenant de riches colonies de colibacilles. Pas de calculs. Partie supérieure du duodénum anormalement mobile, si bien qu'on peut l'attirer sur 6 centimètres. Duodénopexie. Guérison.

Cas 3. — M. Nakao, 42 ans. Signes principaux :

Coliques douloureuses dans l'épigastre — Se plaint depuis l'âge de 10 ans de crises douloureuses survenant de temps à autre avec fièvre, avec ou sans ictère.

Le 3-12-1915, opéré. Le bord du foie légèrement arrondi. Vésicule légèrement épaissie. Pas de concrétions. La partie supérieure du duodénum se laisse sortir de la cavité péritonéale sur 8 cm de long. Bile ponctionnée stérile. Duodénopexie. Guérison.

CAS 4. — M. Onda, 31 ans, commerçant. Signes principaux :

Crises douloureuses de l'épigastre — A l'âge de 16 ans crises douloureuses de l'hypochondre droit, s'exacerbant avec le temps.

Le 18-12-1916, opéré. La vésicule biliaire congestionnée. La ponction donne 62 centimètres cubes de bile trouble et verdâtre, très riche en microbes. Dans la vésicule 8 calculs et dans l'ampoule de Vater, un caillou enclavé. Cholécystectomie, cholédocotomie transduodénale et duodénopexie. Exitus, suites de péritonite.

CAS 5. — M. Matsumoto, 38 ans. Signes principaux :

Crises douloureuses et ictère — Depuis l'âge de 11 ans crises de coliques apparaissant plusieurs fois par an dans l'épigastre, consécutives à des écarts de régime ou à du surmenage physique.

Le 30-6-1916, laparotomie. Vésicule biliaire légèrement épaissie, contient une petite quantité de bile, pas de calculs visibles. La bile ponctionnée contient des bacilles longs et épais (coli). Foie et pancréas légèrement augmentés de volume. Duodénum anormalement mobile, si bien qu'on peut l'extérioriser sur 5 centimètres de la cavité péritonéale. Duodénopexie. Guérison.

Le malade resta à peu près un an sans aucun trouble. Fin mai 1917 apparaissent de nouveaux troubles. Réopéré le 9-7-1917. Séparation de fortes adhérences et libération de la vésicule du duodénum. Pas de concrétions visibles, pas d'augmentation de volume du pancréas. Guérison.

CAS 6. — Mme Kyogoku, 47 ans. Signes principaux :

Crises de douleurs épigastriques — A 23 ans, douleurs violentes de l'épigastre, indépendantes d'une grossesse et d'un accouchement, douleurs apparaissant jusqu'à l'heure actuelle de temps à autre avec ou sans fièvre ou ictère. Tous les organes de la cavité abdominale sont normaux, sauf la partie supérieure du duodénum qui se laisse « éventrer » hors de la cavité abdominale sur 9 centimètres. La bile ponctionnée contient des microbes. Duodénopexie. Guérison.

CAS 7. — M^{me} Ideta, 41 ans. Signes principaux :

Crises douloureuses de l'épigastre — Depuis l'enfance, de temps à autre, crises de coliques de la partie supérieure de l'abdomen qui s'intensifièrent en fréquence et en violence.

Opération le 28-9-1917. Duodénum anormalement mobile se laissant attirer sur 8 centimètres hors de la cavité abdominale. Vésicule biliaire légèrement épaissie. En dehors de cela rien d'anormal. Tête du pancréas légèrement indurée. Bile ponctionnée stérile. Duodénopexie. Guérison.

CAS 8. — M. Tsukamoto, 46 ans. Signes principaux :

Etat nauséux et douleurs dans l'épigastre — Il est atteint depuis 19 ans d'une affection gastrique avec des douleurs sourdes. Depuis fin mars de cette année, de temps à autre crises douloureuses de l'épigastre.

Le 28-5-1919, laparotomie. Rien d'anormal en dehors d'un léger épaississement des parois de la vésicule. Rien d'anormal au pancréas et au côlon. Partie supérieure du duodénum anormalement mobile. Duodénopexie par sutures montantes en plusieurs étages. Guérison.

CAS 9. — M^{me} Kaneko, 47 ans. Signes principaux :

Douleurs dans l'épigastre — Bien portante dans l'enfance. En juillet 1919, douleurs apparaissant brusquement dans la partie supérieure du corps (?) qui se sont aggravées avec le temps.

Le 14-7-1920, laparotomie. Vésicule biliaire chroniquement enflammée et légèrement épaissie. Duodénum mobile jusqu'au voisinage de l'ampoule de Vater, de sorte qu'on peut le retirer de la cavité abdominale sur 8 centimètres. Duodénopexie par sutures montantes et cholécystostomie. La ponction donne une bile très infectée de colibacilles. Guérison.

CAS 10. — M^{me} Kotomani, 43 ans.

Se plaint depuis l'enfance de douleurs apparaissant sous forme de crises de temps en temps.

Le 18-6-1921, laparotomie. Rien de spécial au foie. Vésicule dilatée avec parois épaissies. C'est la véritable image du duodénum mobile que l'on trouve et dans laquelle le duodénum se laisse extérioriser sur 7 centimètres. Duodénopexie par sutures montantes. Guérison.

CONCLUSIONS

I. L'image radiographique anormale du duodénum que nous avons étudiée a été décrite sous des noms divers : duodénum en guirlande..., duodénum mobile..., *déformation en « M » du duodénum sus-mésocolique*.

Cette dernière appellation, de MM. QUENU et JACQUELIN, nous paraît la meilleure, car elle définit parfaitement l'image sans préjuger de l'étiologie, de la pathogénie ou du substratum anatomique.

II. Cette image radiographique traduit un dolicho-duodénum partiel. Il est possible qu'elle traduise une lésion congénitale. Mais, dans ce cas, il s'agirait, selon toute vraisemblance, d'un allongement localisé de l'intestin sans troubles d'évolution — allongement ou absence d'accolement — du méso-duodénum.

III. Cette image radiographique ne doit pas être classée sous l'étiquette « duodénum mobile », dont le sens est très précis depuis les travaux de MIYAKE et Pierre DUVAL : duodénum mobile par défaut congénital d'accolement rétro-duodéno-pancréatique. Cette étiquette nous semble d'ailleurs devoir être définitivement abandonnée en radiologie; car, sous le titre duodénum mobile, ont été groupées, il y a quelques années, toutes les images radiographiques les plus disparates, dont l'interprétation étiologique et anatomique pouvait alors paraître difficile.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,
ROUSSY.

Vu :

Le Président de Thèse,
M. LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BANZET. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1928.
- BARRET, BLONDEAU, BRETON. — *Journal de Radiologie*, septembre 1929.
- BOPPE et KREBS. — *Bulletin et mémoire de la Société anatomique*, octobre et novembre 1924.
- BRETON. — *Presse médicale*, 18 avril 1934.
- DIDIÉE. — *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, mai 1933.
- P. DUVAL. — *Société anatomique chirurgicale*, 18 mai 1927.
- DUVAL-BECLÈRE. — *Société nationale de Chirurgie*, 13 mars 1929.
- GUTMANN. — *Société de gastro-entérologie*, 11 avril 1932.
- HILLEMAND. — *Les diverticules du duodénum*.
- MIYAKE. — *Archiv. für. Klini. Chirur.*, 1922.
- NIMEH. — *Presse médicale*, 30 août 1922.
- ORTIZ. — Thèse, Paris, 1929.
- QUENU et JACQUELIN. — *Société de gastro-entérologie*, 14 mars 1932.
- SANDERA. — *Das duodénum mobile im Röntgenbilde. Forschschitte auf dem gebiete der Röntgenstrahlen*, 1931.
- THOUMAS. — Thèse, Paris.
- TRIAL. — *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, mars 1935.
- VIENNOT-BOURGIN. — Thèse, Paris, 1932.

